



## **WELL CHILD EXAM - ADOLESCENCE: 16 YEARS**

(Meets EPSDT Guidelines)

DATE

## 青少年：16歲

青少年姓名		出生日期			
過敏症		目前用藥			
自上次體檢後出現的病症/事故/問題/擔憂					
由青少年填寫自己的情況	是	否	是	否	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	我每天都吃早餐。		我對自己在學校和/或工作的表現很滿意。		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
我有可以交談的人。		我每天都做健身運動。			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
我有關於性方面的問題。		我的睡眠充足：每晚_____小時。			
WEIGHT KG./OZ. PERCENTILE	HEIGHT CM/IN. PERCENTILE	BLOOD PRESSURE	Diet _____		
<input type="checkbox"/> Review of systems	<input type="checkbox"/> Review of family history	Sleep _____			
Screening:		MHZ	R	L	
Hearing Screen	4000	_____	_____		
	2000	_____	_____		
	1000	_____	_____		
	500	_____	_____		
Vision Screen	R 20/	_____	L 20/	_____	
Development	N A	_____			
Behavior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		
Social Emotional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		
Physical:	N A		N A		
General appearance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lungs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Head	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cardiovascular/Pulses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eyes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abdomen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ears	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Genitalia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Spine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oropharynx/Teeth	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Extremities	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neurological	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nodes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gait	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mental Health	<input type="checkbox"/>				
Describe abnormal findings:					
<hr/> <hr/> <hr/>					
IMMUNIZATIONS GIVEN					
REFERRALS					
NEXT VISIT: 18 YEARS OF AGE			HEALTH PROVIDER NAME		
HEALTH PROVIDER SIGNATURE			HEALTH PROVIDER ADDRESS		

## **Guidance to Physicians and Nurse Practitioners for Adolescence (16 years)**

The following highlight EPSDT screens where practitioners often have questions. They are not comprehensive guidelines.

### **Screens for Sexually Active Teens**

- Gonorrhea/chlamydia.
- Pap smear.
- Human immunodeficiency virus (HIV).

### **Hemoglobin/Hematocrit (Hgb/Hct) Screen**

- Using your own practice experience, evaluate the need, timing and frequency of hematocrit tests, especially in menstruating teens.

### **Hepatitis B Vaccine**

- For children and adolescents not vaccinated against hepatitis B in infancy, begin the hepatitis B vaccine series during any childhood visit. Give the second dose at least one month after the first dose and give the third dose at least four months after the first dose and at least two months after the second dose.

### **Tetanus and diphtheria (Td) Vaccine**

- Recommend subsequent routine Td boosters every 10 years.

### **High Risk Behavior**

Discuss behaviors such as these:

- Depression.
- Drugs.
- Smoking.
- Sexual contacts (and need for protection and contraception).
- Suicide.
- Guns.

Notes: Immunization schedules are from the Advisory Committee on Immunization Practice of the US Centers for Disease Control and Prevention.



**健康兒童體檢 - 青少年：16歲**  
**WELL CHILD EXAM - ADOLESCENCE: 16 YEARS**  
(符合EPSDT早期定期檢查、診斷和治療指南標準)

日期

青少年：16歲

青少年姓名		出生日期																												
過敏症		目前用藥																												
自上次體檢後出現的病症/事故/問題/擔憂																														
<table border="0"> <tr> <td>是</td> <td>否</td> <td>是</td> <td>否</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2">我每天都吃早餐。</td> <td colspan="2">我對自己在學校和/或工作的表現很滿意。</td> </tr> <tr> <td colspan="2">我有可以交談的人。</td> <td colspan="2">我每天都做健身運動。</td> </tr> <tr> <td colspan="2">我有關於性方面的問題。</td> <td colspan="2">我的睡眠充足；每晚_____小時。</td> </tr> </table>			是	否	是	否	<input type="checkbox"/>	我每天都吃早餐。		我對自己在學校和/或工作的表現很滿意。		我有可以交談的人。		我每天都做健身運動。		我有關於性方面的問題。		我的睡眠充足；每晚_____小時。												
是	否	是	否																											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																											
我每天都吃早餐。		我對自己在學校和/或工作的表現很滿意。																												
我有可以交談的人。		我每天都做健身運動。																												
我有關於性方面的問題。		我的睡眠充足；每晚_____小時。																												
體重千克/盎司百分比	身高厘米/英寸百分比	血壓																												
<input type="checkbox"/> 系統審核 <input type="checkbox"/> 家族健康史審核																														
檢查：																														
聽力檢查	MHZ 4000 2000 1000 500	R                    L																												
視力檢查	R 20/ N	L 20/ A																												
發育	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																												
行為	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																												
社交情緒	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																												
身體：																														
整體外觀	N <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	胸腔	N <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>																									
皮膚	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	肺部	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																									
頭部	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	心血管/脈搏	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																									
眼睛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	腹部	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																									
耳朵	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	生殖器	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																									
鼻子	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	脊椎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																									
口咽/牙齒	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	手足	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																									
頸部	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	神經	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																									
淋巴結	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	步態	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																									
精神狀況	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																												
說明異常發現：	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>																													
已完成的免疫接種																														
轉介																														
下次檢查：18歲			保健服務機構名稱																											
保健服務機構簽名			保健服務機構地址																											

# 16歲時的身體保健

## 你的身體有哪些需要

### 在16至18歲期間有助於身體健康的方法。

你需要請醫生為你作定期的健康、視力和聽力檢查。你應至少每年看一次牙醫。

你每晚需要至少8小時的睡眠，才能保證在學校、工作或駕駛車輛時有充沛的精力。要避免因工作過重而減少睡眠時間。

運動是控制體重的最有效方式。節食必須有計劃並在監督下進行。服用輕瀉劑或嘔吐對身體有害。你的身體會得不到生長所需的營養。若你的朋友利用嘔吐或輕瀉劑來控制體重，他們需要得到幫助。

## 若需要幫助或詳細資訊，請電

家庭幫助熱線：1-800-932-4673

全國危機幫助熱線：1-800-999-9999

或BoysTown全國危機專線：

1-800-448-3000

## 為青少年提供的性資訊：[www.teenwire.com](http://www.teenwire.com)

### 關於男女青少年同性戀的資訊，請聯繫：

PFLAG（家長、家庭和男女同性戀之友會）

[www.pflag.com](http://www.pflag.com)或202-467-8180

### 關於厭食症的資訊，請聯繫：

[www.allabouteatingdisorders.com](http://www.allabouteatingdisorders.com)

## 健康行為

瞭解關於性、禁欲、性傳染病和避孕的常識。一定要知道如何及為何拒絕性行為。與家長或成年諮詢顧問探討關於作性方面決定的事情。

吸煙會使你患感冒、鼻腔感染、癌症、口臭，並使你的衣服和頭髮發出難聞的氣味。

在你的感覺、行為、朋友、學校/工作和上學出勤率方面發生的急劇消極性變化都有可能是憂鬱的跡象。若你認為自己有憂鬱的現象，應去看醫生或請家長幫助。若有朋友似乎格外悲傷或憤怒，並且其行為發生變化，應知道到何處尋求幫助。

每天應儘量花時間運動或與朋友在一起，時間至少應與你看電視或玩電腦的時間相等。

許多青少年都認識屬於男女同性戀的青少年。你可能想談論這些問題。可以打電話給幫助男女同性戀青少年及其家庭和朋友的組織之一。

嗜好與天份可能是一項職業的開端。這有助於培養你對自己的良好感覺。發掘你感興趣的事情，如體育運動、戲劇、藝術、攝影或珠寶製作。

## 安全須知

青少年駕駛者載乘其他青少年是最危險的事情。你和你的家長應就駕駛車輛達成明確的協議規定，尤其是你載乘朋友時。例如，所有的駕駛者和乘坐者都必須一直繫好安全帶。絕對不可以醉酒駕車或與任何醉酒的駕駛者共乘車輛。

應記住“朋友不僅不讓朋友醉酒駕車”，而且還不讓朋友與醉酒者共乘車輛。

使用防晒霜。過多的日光曝晒將導致皺紋和癌症。